

Учреждение образования
«Гомельский государственный университет
имени Франциска Скорины»

А. Н. ПЕВНЕВА

**ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА
С ОСОБЕННОСТЯМИ
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Практическое руководство

для студентов 3 курса специальности
1–86 01 01–02 «Социальная работа
(социально-психологическая деятельность)»

2-е издание, переработанное

Гомель
ГГУ им. Ф. Скорины
2020

УДК 316.362.1-053.2-056.24

ББК 88.576.5+88.621.9

П233

Рецензенты:

кандидат педагогических наук Т. Н. Шилько,
кандидат психологических наук А. Н. Крутолевич

Рекомендовано к изданию научно-методическим советом
учреждения образования «Гомельский государственный
университет имени Франциска Скорины»

Певнева, А. Н.

П233 Психология семьи ребенка с особенностями психофизи-
ческого развития : практическое руководство /
А. Н. Певнева ; Гомельский гос. ун-т им. Ф. Скорины. –
2-е изд., перераб. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2020. –
47 с.

ISBN 978-985-577-614-8

Практическое руководство содержит теоретические знания, пере-
чень вопросов, рассматриваемых на занятии, основные понятия по теме,
вопросы для самоконтроля, список литературы.

Предназначено для студентов специальности 1-86 01 01-02 «Соци-
альная работа (социально-психологическая деятельность)».

УДК 316.362.1-053.2-056.24

ББК 88.576.5+88.621.9

ISBN 978-985-577-614-8

© Певнева А. Н., 2012

© Певнева А. Н., 2020, с изменениями

© Учреждение образования «Гомельский
государственный университет имени
Франциска Скорины», 2020

Оглавление

Предисловие	4
Тема 1. Введение в психологию семьи ребенка с особенностями психофизического развития: генезис проблемы.....	5
Тема 2. Родительство в семьях больных детей.....	14
Тема 3. Родительско-детские и внутрисемейные отношения в семьях детей с особенностями психофизического развития.....	22
Тема 4. Личностные особенности родителей детей с психофизическими нарушениями.....	29
Тема 5. Психологическая помощь родителям детей с особенностями психофизического развития.....	37
Литература	46

Предисловие

Изучение проблем и трудностей родителей, разработка приемов помощи членам семьи, в которой воспитывается ребенок с особенностями психофизического развития (ОПФР), осуществлялись до настоящего времени медицинской психологией и психотерапией. В психологии семьи эта проблема поднимается впервые. Соответственно, невозможно помочь детям с ОПФР без активного участия родителей и изменения отношения к себе, между собой и детьми. Освещается вопрос об оказании психокоррекционной помощи семьям воспитанников в условиях специального психокоррекционного учреждения.

В практическом пособии излагаются основные современные представления о семье, в которой воспитывается ребенок с ОПФР. Структурированное изложение материала способствует эффективному усвоению и пониманию студентами знаний о том, что если один из членов семьи имеет различного рода и уровня личностные проблемы, то нарушается целостное функционирование семьи.

Большое внимание в практическом пособии уделяется получению студентами знаний о нарушении цикла жизнедеятельности семьи ребенка с ОПФР, о значимых понятиях этой системы: коммуникативных процессах, ролевом взаимодействии, характеристиках членов семьи, их поведении в ситуации кризиса, основных подсистемах семьи, их границах. Рассматриваются вопросы, связанные с родительством, в частности родительским отношением к ребенку с нарушением в развитии, оказанием психологической помощи.

В результате изучения материала дисциплины «Психология семьи ребенка с особенностями психофизического развития» у студентов сформируются представления о семье ребенка с психофизическими нарушениями как сложной социально-психологической системе, современных методах коррекции семейных отношений, а также умения и навыки методических основ социально-психологического исследования семьи, детско-родительских отношений.

Предназначено для студентов специальности 1-86 01 01-02 «Социальная работа (социально-психологическая деятельность)».

Тема 1. Введение в психологию семьи ребенка с особенностями психофизического развития: генезис проблемы

1. Исторический экскурс в проблему семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии.

2. Первые опыты оказания помощи детям с психофизическими нарушениями и членам семьи.

3. Организация консультативной помощи родителям детей с ОПФР в начале XX в.

4. Современный этап в разработке проблемы семьи ребенка с особенностями психофизического развития.

Проблемы семьи, имеющей ребенка с особенностями психофизического развития (ОПФР), проявляются в различных сферах ее жизни. В истории развития человечества взаимоотношения семьи и общества прошли путь от диктата социума, предписывающего избавляться от неполноценных младенцев, до понимания необходимости оказания помощи и поддержки таким семьям. Следует отметить, что ситуация проблемности возникает в семье с момента рождения в ней ребенка с ОПФР в развитии и проявляется как отношение социума к нарушению. Согласно Закону Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития» лицо с ОПФР – лицо, имеющее физическое и (или) психическое нарушения, препятствующее получению образования без создания для этого специальных условий. Ребенок с ОПФР – лицо с ОПФР в возрасте до 18 лет. Физическое и (или) психическое нарушения – отклонения от нормы, ограничивающее социальную деятельность и подтвержденные в порядке, установленном законодательством.

В разные исторические эпохи восприятие человеком лиц, имеющих физические и психические недуги, имело особенности и складывалось по-разному. История отношений к детям с психофизическими нарушениями в Древних Греции и Риме свидетельствует о негуманном способе обращения с ними (Плутарх). В обществе такое обращение понималось как форма защиты нации от воздействия людей с психофизическими особенностями в развитии. Родительские чувства при этом никем не учитыва-

лись. Римское право относило умалишенных и глухонемых к категории недееспособных лиц (включая в нее как бедных, так и богатых) и лишало их гражданских прав.

В период Средневековья серьезное влияние на многие проблемы социальной жизни оказывала религия. Особенно это касалось католицизма. Согласно церковным канонам того времени, физическое или психическое увечье считалось наказанием за прегрешения самого человека или его предков. Оно также представлялось современникам в виде воплощения дьявольских сил (В. Гюго «Собор Парижской Богоматери»). Православие отличалось более мягким отношением к лицам с физическими и психическими недостатками. Некоторые из юродивых и калек были отнесены к лику святых. Юродивых на Руси чтили как посланников Бога: свидетельства этому мы находим в литературных источниках (А. С. Пушкин «Борис Годунов»). В их честь возводились храмы (например, собор Василия Блаженного на Красной площади в г. Москве). В эпоху Возрождения развиваются гуманистические тенденции в отношении к лицам с психофизическими недостатками. Знаменитый славянский педагог Ян Амос Коменский (1592–1670) считал, что учить можно всех детей с особенностями психофизических нарушений в развитии.

Понимание необходимости в оказании помощи лицам с физическими и психическими недостатками и активизация такой помощи приобретает особую значимость к началу XVIII в. Впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных лиц была доказана на рубеже XVIII – XIX вв. известным французским психиатром Жаном Итаром (1775 – 1838), который предпринял попытку обучить и воспитать мальчика Виктора, найденного им в лесу под г. Авероном. Позже, в середине XIX в., проблема начинает рассматриваться как научная.

Разработкой вопросов воспитания и обучения лиц с нарушениями психофизического развития занимались А. Бине и Т. Симон (1910, 1911), Г. Даниэль и Ж. Филипп (Daniel et Philippe, 1899); М. Монтессори (1913); С. Сантктис (Santctis, 1906), Ж. Филипп и П. Бонкур (1911); Э. Сеген (1903).

В России первый отечественный опыт положительного влияния семьи на состояние душевнобольного возник в начале XIX в. В конце 30-х гг. XIX в. по инициативе одного из основателей

общественной психиатрии И. Ф. Рюля впервые в мировой практике была проведена общегосударственная перепись душевнобольных (Я. Г. Шерешевский, 1978). С обобщением результатов переписи И. Ф. Рюль (1839, 1840) составил «Краткое наставление» для родителей и близких душевнобольных лиц.

Одновременно в России расширялась практика лечения душевнобольных в семьях, которые могли содержать таких больных. С 1859 г. в рамках развития семейного патронажа обсуждалась проблема оказания специального воздействия лечащим врачом на семью больного. Таким образом, первоначально проблема семьи с аномальным ребенком или взрослым рассматривалась в аспекте привлечения такой семьи для использования ее благотворного воздействия на состояние больного.

Опыт работы с семьями в патронаже обсуждался на I Съезде отечественных психиатров. В докладе известного русского психиатра С. С. Корсакова были определены категории больных, которых он считал возможным лечить дома. Считалось, что лечение в семьях дает положительные результаты при их размещении в территориальной близости друг к другу. К началу XX в. в крупных городах России появились и были апробированы разнообразные формы лечения душевнобольных в семьях.

Отечественные специалисты придавали особое значение проведению разъяснительных мероприятий для родителей, включая в лекции сведения о природе возникновения дефекта и недостатках семейного воспитания. П. П. Кащенко (1905) обосновал идею психологического воздействия семьи на больного необходимостью создания препятствия для его аутизации путем взаимодействия с близкими людьми.

О включении родительской темы в спектр обсуждаемых вопросов свидетельствуют, труды и публикации известных психиатров, психологов и педагогов начала XX в. Представляют интерес публикации Ж. Демора, который, согласно мнению Г. И. Россолимо, был «одним из лучших специалистов в Европе» того времени по проблеме аномального детства. Его монография «Не-нормальные дети, их воспитание дома и в школе», вышедшая в России в 1909 г., охватывала широкий спектр вопросов, касающихся аномальных детей, включая проблему контактов с родителями и их просвещения.

В монографии немецкого ученого и педагога Б. Меннеля «Школы для умственно отсталых детей», переведенной на русский язык в 1911 г. врачом М. Владимирским, дается систематическое изложение вопроса о состоянии школ для умственно отсталых детей в Германии и отдельная глава («Родители и жизненные условия ученика») посвящается проблемам родителей детей с особенностями психофизического развития.

Истоки формирования семейной психотерапии в России связаны с образованием врачебно-воспитательных учреждений и организацией семейных патронажей для психических больных. В 1882 г. такое врачебно-воспитательное учреждение было создано в г. Петербурге. Возглавил его известный врач и педагог И. В. Маляревский. Опыт работы в подобных учреждениях заинтересовались в то время и за рубежом. В применяемых ученым и его последователями мерах врачебного воздействия и воспитания огромное значение имела диагностика взаимоотношений в семьях и выявление роли неправильного воспитания в формировании проявлений душевной болезни.

С 1912 г. в г. Петербурге при Психоневрологическом институте была открыта вспомогательная школа, в которой функционировали также и курсы для родителей. С 1907 по 1912 г. подобный «кружок совместного воспитания и образования» работал и в г. Москве. С его программой был ознакомлен В. М. Бехтерев.

Таким образом, лучшими представителями отечественной медицинской и педагогической науки еще в прошлом веке были заложены традиции использования влияния членов семьи для решения проблем лечения и воспитания больного ребенка.

Содержание работы с родителями имело рекомендательный характер вплоть до середины XX в. Развитие этих традиций нашло свое продолжение в России и в советскую эпоху в работах ведущих отечественных психологов, педагогов, психиатров: И. Л. Белопольской, Г. Л. Выготской, Л. С. Выготского, Е. К. Грачевой, Г. М. Дульнева, С. Д. Забрамной, Л. В. Занкова, К. С. Лебединской, Э. И. Леонгард, А. Р. Маллер, Е. М. Мастюковой, М. С. Певзнер, В. Г. Петровой, Л. И. Солнцевой, и др.

Краткий исторический экскурс в проблему семьи, в которой воспитывается ребенок с психофизическими недостатками, позволил осветить лишь отдельные, наиболее значимые аспекты ее

возникновения и развития. С другой стороны, эти аспекты представляют эволюцию взглядов социума на проблему взаимоотношений с лицами, имеющими психофизические недостатки: избавление от неполноценных лиц как форма самозащиты человека и государства в древности; возникновение и развитие гуманистического отношения к лицам с психофизическими нарушениями; первые опыты оказания помощи детям с психофизическими нарушениями и их семьям; организация консультативной помощи родителям детей с ОПФР в начале XX в.; изучение последствий эмоционального стресса у родителей детей с отклонениями в развитии; изучение психопатологических расстройств у родителей детей с отклонениями в развитии; изучение влияния болезни ребенка на характер семейных отношений, принципы семейного воспитания и типы семей; формирование предпосылок к созданию комплексной системы социально-психологической адаптации семей, имеющих ребенка с отклонениями в развитии.

Современный этап развития коррекционной педагогики и психологии характеризуется поиском новых эффективных путей социальной адаптации детей, страдающих физическими и психическими недостатками. В этой связи проблема семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии и с особыми образовательными потребностями, становится все более актуальной. Семья как социальный институт призвана социализировать ребенка. Процесс социализации ребенка с отклонениями в развитии рассматривается поэтапно. Первой ступенью социализации ребенка является его адаптация в семье. Второй ступенью – адаптация в специальном образовательном учреждении. И последней, самой главной ступенью – адаптация в обществе, включая и адаптацию самой семьи в целом.

Российское законодательство закрепляет за родителями ответственность за воспитание своих детей (Закон РФ «Об образовании», 1992, 1996; Семейный кодекс РФ, 1995).

В последние годы в разных областях специальной педагогики и психологии появились работы, свидетельствующие о необходимости активного изучения всего спектра проблем семьи, воспитывающей ребенка с ОПФР. Разнообразные формы обучения как в государственных, так и в негосударственных образовательных учреждениях, работа с детьми, имеющими тяжелые и грубые

психофизические недостатки, включают семью в поле коррекционного воздействия в качестве основного стабилизирующего фактора социальной адаптации ребенка.

В связи с возросшим вниманием общества к проблемам семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, в конце XX в. (1997–2002 гг.) появились работы, посвященные этому вопросу (Т. Г. Богданова, Н. В. Мазурова, 1998; Г. А. Мишина, 1998, 2001; В. В. Ткачева, 1999, 2000 и др.). В этих работах в той или иной степени характеризуются семейная атмосфера и влияние социального окружения на особенности развития больного ребенка.

В исследовании Т. Г. Богдановой и Н. В. Мазуровой (1998) изучалось влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников. Полученные результаты свидетельствуют об искажении отцовской позиции и преобладании негативного отношения глухих детей к слышащим отцам. В тех семьях, где родители также страдают нарушениями слуха, нарушения у ребенка особых проблем у них не вызывает. В исследовании Н. В. Мазуровой (1997) по принципу ведущего дефекта выделяется три группы родителей (глухие родители с наследственной глухотой, глухие родители с приобретенной глухотой, слышащие родители). Родители, имеющие наследственную болезнь, не испытывают тех психологических трудностей, с которыми сталкиваются слышащие родители глухих детей.

К родителям слепоглухих детей обращены публикации И. В. Соломининой (2001, 2002). В них предлагаются советы родителям (своевременное обучение дактилологии и жестовой речи), а также выносятся на обсуждение вопрос о создании коррекционных групп для родителей больных детей и близких.

С. М. Хорош (1991) характеризует различные аспекты родительско-детских отношений в семьях, воспитывающих слепых детей и выделяет две родительские позиции: адекватную и неадекватную. Она отмечает, что родительское отношение к слепому ребенку проявляется в различных вариантах: жертвенности, гиперопеке, деспотическом поведении, строгости, твердости или отстраненности от ребенка.

В работе Л. И. Солнцевой и С. М. Хорош (1988) из всего многообразия различных типов взаимоотношений в семье выделяются три: гиперопека, деспотизм родителей, отчуждение от ребенка.

По мнению авторов, эти варианты неблагополучно складывающихся внутрисемейных отношений воспитывают у слепого ребенка нежелательные личностные качества: избалованность, эгоизм, неповиновение взрослым или эмоциональную глухоту.

В исследовании А. Р. Шарипова и З. Ф. Гафуровой (1998) выявлено влияние микросоциального фактора на возникновение близорукости у детей. У родителей детей с миопическими нарушениями более выражены черты воспитательной неуверенности, чем у родителей офтальмологически здоровых детей. Возрастная воспитательная неуверенность, с одной стороны, компенсируется попытками родителей полнее удовлетворять потребности ребенка. С другой стороны, подобная родительская позиция способствует возникновению детской близорукости как инструмента, позволяющего ребенку минимизировать обязанности и максимизировать удовлетворение собственных потребностей.

Исследование Г. А. Мишиной (1998) направлено на изучение и коррекцию разнообразных вариантов сотрудничества в родительско-детских парах. Исследователь рассматривает психофизические нарушения у детей раннего возраста не только как следствие органических и функциональных нарушений, но и как вторичные проявления, обусловленные дефицитом общения и отсутствием адекватных способов сотрудничества родителей с детьми. Она выделяет шесть моделей сотрудничества родителей с ребенком (изолированность, предполагаемую взаимосвязанность, речевую взаимосвязанность, «молчаливое соприсутствие», «влияние и взаимовлияние», активную взаимосвязанность).

Анализируя данные констатирующего эксперимента, Г. А. Мишина приходит к выводу, что поведение родителей, воспитывающих проблемного ребенка раннего возраста, имеет следующие особенности: неумение создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональный характер сотрудничества, неадекватность позиции по отношению к ребенку, недостаточная потребность в общении с ребенком.

Изучение причин негативного отношения социума к умственно отсталому ребенку продолжено в ряде работ. О. Б. Чарова и Е. А. Савина (1999) оценивают отношение матери к умственно отсталому ребенку как противоречивое. Типичной реакцией матери является жалость, стремление опекать, контролировать.

В то же время у матерей проявляется раздражение, желание наказать ребенка, игнорировать его интересы в силу их примитивности. Эмоциональное состояние матерей характеризуется депрессией, чувством вины, горя, стыда и страдания.

Результаты исследования А. Г. Московкиной, Е. В. Пахомовой, А. В. Абрамовой (2000) подтверждают точку зрения, высказанную ранее В. В. Юртайкиным и О. Г. Комаровой (1996) о преобладании отрицательных характеристик у умственно отсталых детей, включая и их родителей. Проблема включения родителей умственно отсталых детей в коррекционно-воспитательный процесс раскрывается в исследовании В. В. Сабурова (1999). Он считает, что критериями готовности родителей к коррекционно-ориентированному воспитанию детей с нарушением интеллекта являются педагогическая грамотность, активное участие в воспитательном процессе, ценностное отношение к ребенку. В исследовании Н. А. Стрповой (1999), отмечается высокая значимость культуры общения педагога с детьми с ОПФР и понимается как средство коррекции личности таких детей и оказания психологической поддержки членам семей.

Взаимодействие с родителями приобретает все большую значимость и для специалистов, работающих с различными категориями детей с речевой патологией. Об этом свидетельствуют работы Л. М. Крапивиной (1998), Т. Н. Волковской (1999), Ю. В. Микляевой (2001), Г. А. Волковой (2002). Авторы подчеркивают важность сотрудничества специалистов логопедического детского сада и семьи. В публикациях описываются основные формы работы с родителями, которые проводятся в специализированных учреждениях; предлагаются методические рекомендации, которых следует придерживаться родителям в домашних условиях. Вопросам изучения личностных особенностей матерей и взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью, посвящены работы Л. И. Шипицыной (2002).

Таким образом, в исследованиях ученых рассматривается широкий круг клинических, педагогических и социальных проблем семей, в которых воспитываются дети с особенностями психофизического развития.

Вопросы для самоконтроля

1. Какой способ обращения и отношения к детям с психофизическими нарушениями существовал в Древних Греции и Риме?

2. Почему в период Средневековья серьезное влияние на многие проблемы социальной жизни оказывала религия? Ответ аргументируйте.

3. Назовите, кто из первых высказал мысль о необходимости проявления заботы о воспитании и обучении слабоумных, обосновав свою позицию философски?

4. Какую идею обосновал П. П. Кащенко (1905)?

5. Перечислите работы исследователей, которые стали появляться в связи с возросшим вниманием общества к проблемам семей, воспитывающих детей с ОПФР, в конце XX в.

Тематика реферативных сообщений

1. Семья умственно отсталого ребенка: особенности воспитания.

2. Семьи детей с нарушенным слухом: особенности воспитания.

3. Содержание воспитания детей в семье со зрительными нарушениями.

4. Воспитание ребенка с ДЦП в семье.

5. Особенности воспитания ребенка с детским аутизмом в семье.

Тема 2. Родительство в семьях больных детей

1. Родительство, как социально-психологический феномен.
2. Жизненный цикл семьи ребенка с особенностями психофизического развития.
3. Родительство в семьях больных детей (Е. Н. Ермакова).
4. Качество жизни родителей детей с ДЦП.

Анализ статистики и специальные исследования показывают, что число детей, рождающихся с теми или иными отклонениями от нормы здоровья, остается достаточно высоким. И поэтому проблема родительства в семьях, где есть дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, сохраняет свою актуальность.

Родительство, как отмечает Р. В. Овчарова, – это социально-психологический феномен, представляющий собой эмоционально и оценочно окрашенную совокупность знаний, представлений и убеждений относительно себя как родителя, реализуемую во всех проявлениях поведенческой составляющей родительства. В период становления родительство является неустойчивой структурой, что проявляется в некоторой рассогласованности различных компонентов взаимодействия между родителями, периодическом возникновении конфликтных ситуаций. Развитая форма родительства характеризуется устойчивостью и стабильностью и реализуется в согласованности представлений супругов о родительстве, комплементарности динамических проявлений родительства. Р. В. Овчарова предполагает, что в развитой форме родительство включает себя: ценностные ориентации супругов; родительские установки и ожидания; родительское отношение; родительские чувства; родительские позиции; родительскую ответственность; стиль семейного воспитания.

В свою очередь, родительские установки и ожидания включают три уровня презентации: «мы – родители» (репродуктивные установки супругов в контексте их взаимоотношений); «мы – родители нашего ребенка» (установки в детско-родительских отношениях); «это – наш ребенок» (установки ожидания в отношении ребенка / детей).

Первый уровень представленности родительских установок характеризуется, прежде всего, особенностями репродуктивных

установок. В основе возникновения репродуктивной установки лежит, по мнению многих авторов, потребность в детях как особое психологическое состояние индивида.

Репродуктивная установка родителей представляет собой, прежде всего, нормативные ожидания относительно количества детей в семье. На формирование потребности в детях и, соответственно, на формирование репродуктивной установки оказывает влияние целый ряд факторов: образ жизни семьи, распространенные в обществе и, особенно, среди ближайшего окружения типичные нормативные представления о количестве детей; установки каждого из супругов на количество и пол детей, на детей как помощников и опору в старости, на продолжение своего рода, семьи, фамилии, на самореализацию в детях. Еще одним положением проявления установок и ожиданий первого уровня являются установки и ожидания супругов по отношению друг к другу как к родителю, т.е. здесь речь идет о гласном и негласном распределении и содержании функций.

Второй уровень презентации родительских установок и ожиданий – «мы – родители нашего ребенка» – реализуется в стиле воспитания. Сюда входят установки супругов, обусловленные их воспитательными предпочтениями, взглядами на родительскую роль, предпочтениями той или иной системы наказаний и поощрений, гибкостью в общении и т. п.

Третий уровень представленности родительских установок и ожиданий – «это – наш ребенок» – касается непосредственно сформированного образа самого ребенка, тесно связанного с удовлетворенностью родительской ролью. Именно на этом уровне происходит постоянное сопоставление идеального образа ребенка с объективной реальностью. Результат такого сопоставления выражается в родительском отношении, влияет на него.

Нарушения психологической адаптации членов семьи больного ребенка рассматривается в аспекте посттравматических стрессовых реакций, осложненных так называемым «синдромом дамочлова меча» (Джеральд П. Коохер, О. О'Мэлли): источник стресса может быть устранен лишь временно (например, в период ремиссии), но вероятность рецидива сохраняется, что постоянно держит всех домочадцев в состоянии напряжения. При этом нередко сами родители оценивают свое психологическое состояние

как ухудшающееся, в то время как опасения за состояние здоровья ребенка отходят на второй план.

Структура и функции каждой семьи видоизменяются с течением времени. Жизненный цикл семьи включает фазы, или стадии развития, в каждой из которых жизненный стиль семьи относительно устойчив и каждый член семьи выполняет определенные задачи индивидуального развития сообразно со своим периодом жизни. По мнению Е. Р. Смирновой особенно тяжело переживаются родителями детей с нарушениями в развитии следующие шесть периодов.

Первый период связан с осознанием того, что ребенок болен, с получением точного диагноза, эмоциональным привыканием, информированием других членов семьи о случившемся.

Второй период определяется спецификой развития ребенка в первые годы жизни, поскольку родители с волнением наблюдают за тем, насколько успешно их ребенок достигает определенных ступеней, той нормы, которая известна для большинства здоровых детей определенного возраста.

Значимый период испытаний для семьи – поступление ребенка в школу, уточнение формы обучения (в обычной или специальной школе), переживание реакций сверстников, хлопоты по устройству внешкольной деятельности сына или дочери. Ощутимой критической точкой может стать момент, когда родители убеждаются, что их ребенок не в состоянии обучаться в обычной школе и нуждается в специальной программе. Наконец, родители начинают осознавать нереальность своих первоначальных планов по поводу образования и профессиональной карьеры ребенка.

Следующий период начинается с вступления ребенка в подростковый возраст. Семья привыкает к хронической природе заболевания, возникают проблемы, связанные с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отчуждением, планированием будущей занятости ребенка.

Новый период семейных сложностей – это начало взрослой жизни, дальнейшее привыкание к семейной ответственности, принятие решения о подходящем месте проживания повзрослевшего ребенка, переживание дефицита возможностей для социализации члена семьи – ребенка с ОПФР.

Наконец, период развития семейных отношений – взрослая жизнь члена семьи с ограниченными возможностями – перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок теперь живет вне семьи) и взаимодействие со специалистами по месту его проживания. Семья беспокоится о том, где проживает повзрослевший член семьи с ограниченными возможностями, о качестве ухода за ним. Родители тревожатся о том времени, когда они сами уже не смогут контролировать заботу о своем ребенке. Особенно важную роль в этот период жизни семьи, как и в другие, играют все домочадцы, система услуг и социальные работники, которые могут помочь в организации трудовой деятельности, отдыха и в жилищном устройстве инвалида.

Для того чтобы смягчить воздействие критических моментов на жизнь семьи, необходимо знать особенности возрастного развития ребенка и развития семейных отношений в эти периоды.

По мнению ученого Е. Н. Ермаковой, чем младше ребенок, тем сильнее его эмоциональное состояние связано с состоянием родителей, особенно матери¹. Эмоциональный стресс, который переживают родители больного ребенка, часто становится избыточным. Исследователь отмечает, что в жизненной ситуации, в которой находятся родители больного ребенка помимо переживаний из-за ребенка, любви и сочувствия: родители несут основную ответственность за принятие решений по поводу лечения ребенка; родители осуществляют уход за ним, обеспечивают выполнение всех медицинских предписаний; родители обеспечивают ограничение активности ребенка, диетические ограничения; родители переживают вместе с ребенком стресс госпитализации и несут весь соответствующий груз, включая разъединение семьи; родители помогают ребенку справляться с обидами и конкуренцией сиблингов; родители сталкиваются с возрастающей зависимостью от них ребенка в период обострения; родители помогают ребенку справиться с ситуациями недостаточного понимания и внимания со стороны окружающих; родителям приходится справляться с такими проблемами, как боль и физическое страдание ребенка, ухудшение его состояния, медицинские и хирургич-

¹ Психологическая реабилитация больного ребенка: учебн.-метод. пособие. В 2 ч. Ч. 1 / Е. Н. Ермакова [и др.]; под ред. Е. Н. Ермаковой. – Минск : БГПУ, 2007. – С. 10–20

ческие процедуры, страх смерти; родители принимают все важные решения и берут на себя весь груз ответственности.

Часто при этом, как отмечает Е. Н. Ермакова, им трудно выделить, в рамках каких категорий приходится делать выбор. Так, по мнению исследователя, родители могут принимать решение о химиотерапии, размышляя о ее негативных последствиях, а также о том, что она не дает никаких гарантий излечения. И если ребенок умрет, им придется жить с последствиями собственного выбора, неся ответственность за то, что последние дни жизни ребенка были отягощены побочными действиями лечения. Не менее сложным может быть процесс принятия решения во многих других ситуациях. Особую сложность представляют те случаи, где результат долгое время «размыт», а иногда и с самого начала известно, что он будет незначительным. И это относится не только к лечению ребенка, но и ко многим другим ситуациям, в том числе и к работе психолога. Любая из подобных ситуаций может стать для родителей непреодолимым препятствием.

Е. Н. Ермакова отмечает, что у мам больных детей чаще встречаются депрессия, тревога и социальная изоляция, по сравнению с мамами здоровых детей. Они чаще, чем мамы здоровых детей, жалуются на соматические симптомы. При обращении к психологу в качестве основных жалоб у родителей больных детей выделяются симптомы нарушений невротического плана: тревожнофобические расстройства, навязчивости. Это могут быть и ритуалы, «защищающие» ребенка от рецидива, и действия, выступающие из идеи «искупительной жертвы»; депрессия, часто с идеями самообвинения; эмоционально напряженные отношения с больным ребенком; ухудшение отношений с близкими (особенно с супругом), одиночество.

В результате заболевания ребенка «Я-концепция» родителей меняется в целом. Они начинают сомневаться в собственной компетентности как родителей в прошлом, настоящем и будущем; часто пытаются определить собственную роль в том, что случилось с ребенком; задумываются над тем, смогут ли они справиться с дистрессом, вызванным этой ситуацией; переживают беспомощность и безнадежность из-за невозможности избавить ребенка от проблем. Как отмечает Е. Н. Ермакова, на практике приходится сталкиваться с тем, что многие ма-

мы начинают подвергать сомнению свою значимость как женщин, матерей, жен. Исследователь отмечает, что нельзя не принимать во внимание и тот факт, что многие мамы лишаются в связи с болезнью ребенка и такого важного источника поддержания самоуважения, как работа. У всех родителей есть очень сильное и вполне естественное желание полностью вылечить своих детей, и то, что часто это невозможно, подрывает их самооценку. Отец, который привык видеть себя сильным и все контролировать, потому что контроль позволял ему поддерживать иллюзию того, что он защищает своего ребенка от любого зла и обеспечивает его будущее, в результате заболевания ребенка переживает чувство полной неадекватности и беспомощности. Родители больного ребенка не могут гарантировать его выздоровление, они не имеют возможности страдать вместо ребенка, они способны только научиться мучиться вместе с ребенком.

Таким образом, образуется как бы направленная вниз спираль, то есть ситуация все ухудшается, а все остальные жизненные стрессы только усугубляют положение дел. Иногда родители так охвачены своими чувствами, что становятся менее чувствительными к состоянию ребенка. Из-за тоски и тревога у них развивается «дереализация» (отчуждение) с ощущением «стены» между родителем и ребенком, как будто ребенок «чужой, посторонний». Это переживание сопровождается страхом утраты самоконтроля.

Семейный стресс, вызванный тяжелой болезнью ребенка, усиливается многими факторами: ухудшение материального положения; неблагоприятные изменения в социальном, профессиональном статусе родителей; дестабилизация внутрисемейных отношений; неподготовленность родителей к социально-психологической поддержке больного ребенка; болезненное переживание родителями дефицита сочувствия окружающих.

Хроническое заболевание ребенка влечет за собой неизбежные последствия для всех членов семьи. Эти последствия охватывают все уровни жизни семьи, начиная с самого банального: перераспределяются обязанности между членами семьи, кому-то приходится отказываться от ежедневного просмотра любимой телепередачи и т. д. В результате меняется образ жизни семьи, и тревога нередко ста-

новится нормой. Во многих случаях происходит отчуждение родителей, вплоть до распада семьи, и тогда один из родителей (чаще мать) несет на себе психологический и физический груз сложившейся ситуации. Это приводит, в свою очередь, к серьезным жизненным проблемам у родителей: алкоголизация, наркотизация, невротические реакции, депрессивные синдромы.

Качественные изменения происходят на всех уровнях, включая физическое и психическое благополучие не только ребенка, но и состояние сиблингов, родителей, в первую очередь матери. Г. С. Никифорова, «качество жизни» характеризует как степень комфорта в удовлетворении человеческих потребностей» и рассматривает «как довольно широкое понятие, охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья».

В результате исследования качества жизни матерей, воспитывающих детей с двигательными нарушениями, нами было установлено, что матери, воспитывающие детей с церебральным параличом, испытывают значительные трудности в выполнении повседневных физических нагрузок из-за состояния здоровья. Болевые ощущения являются результатом регулярной физической помощи ребенку при его перемещении по дому, частых перевозок различными видами общественного транспорта из дома в поликлинику и назад, зачастую без использования надлежащих вспомогательных средств из-за их отсутствия. Регулярные физические нагрузки вызывают переутомление, что вызывает снижение активности матерей. Психологические и психические проблемы со здоровьем препятствуют полноценному общению и взаимоотношению с родственниками, друзьями.

Анализ полученных результатов показал, что качество жизни матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, взаимосвязано с чувством недостаточной наполненности жизни, отсутствием возможности реализовать те потребности, которые имеются в настоящий момент. Невозможность планировать свою жизнь далеко вперед, отражает низкий уровень контроля над жизненной ситуацией и отсутствием возможности управлять событиями своей жизни. Смысл жизни распадается на совокупность отдельных ее моментов – внешних событий, происходящих в процессе воспитания ребенка с церебральным параличом. Большое значение при объяснении собственной жизни матерями придается случаю, судьбе, что приводит к низкой активности созидания своей жизни. Жизнь

для матерей представляется малособытийной, так как все силы сосредоточены на удовлетворении потребностей ребенка с церебральным параличом. Чрезмерные физические нагрузки вызывают болевые ощущения, влияют на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Жизнеспособность, включающая обессиленность, недостаток сил и энергии, отсутствие положительных эмоций ведет к актуализации психического состояния, к появлению астении, тревоги, депрессии, нервных срывов. Актуализация психического состояния проявляется в повышенной слезливости, раздражительности и вспыльчивости.

Таким образом, ситуация жизнедеятельности матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, характеризуется малым количеством стимулов для эмоционально положительных реакций, что отражается на качестве их жизни.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятию «родительство».
2. Перечислите уровни презентации, которые включают родительские установки и ожидания.
3. Какие шесть периодов в развитии семейных отношений переживают родители детей с нарушениями развития?
4. Охарактеризуйте динамику родительского кризиса при рождении ребенка с ОПФР.
5. Опишите жизненную ситуацию родителей детей с соматическим заболеванием.
6. Дайте определение понятия «качество жизни».

Тематика реферативных сообщений

1. Протекание кризиса у родителей, связанного с психофизическими нарушениями ребенка.
2. Реакция родителей на рождение ребенка с нарушением слуха.
3. Психологические проблемы и трудности родителей, воспитывающих аутичных и слепоглухих детей.
4. Трудности родителей, воспитывающих детей с аутизмом.
5. Проблема принятия себя родителями слепоглухих детей.

Тема 3. Родительско-детские и внутрисемейные отношения в семьях детей с особенностями психофизического развития

1. Стили семейного воспитания детей с особенностями психофизического развития.
2. Типы внутрисемейных отношений в семье ребенка с ОПФР.
3. Родительская позиция по отношению к ребенку с ОПФР.

Семья является важнейшей единицей общества и институтом социализации. Именно в семье ребенок впервые обнаруживает, любят ли его, принимают ли таким, какой он есть, сопутствует ли ему успех или неудачи. Как считают многие психологи, именно в первые пять лет жизни у человека в основном формируется структура личности, закладываются основы «Я-концепции». В психологии выделяются разные типы семей: гармоничная, распадающаяся, распавшаяся, неполная. Встречают семьи полные, но деструктивные, где нет согласия, где постоянные ссоры. Неблагополучная семья – это в первую очередь та, где имеются явные проблемы воспитания, хотя и это не единственный критерий выделения неблагополучия семьи.

Считается, что первенство в исследовании детско-родительских отношений принадлежит теоретикам классического психоанализа, в рамках которого отношения между родителем и ребенком рассматривались в качестве главного фактора детского развития. Данная проблема затрагивалась в работах З. Фрейда, А. Фрейд, Э. Эриксона, Э. Фромма, Д. Боулби, К. Роджерса.

За родительским отношением, по мнению Е. Шеффер, стоят определенные черты личности родителя. Авторы опросника родительского отношения (PARI) Е. Шеффер и Р. Белл выделили два фактора, определяющие структуру родительского отношения: эмоциональный («любовь – ненависть») и поведенческий («автономия – контроль»). Разная степень выраженности этих полярных характеристик отношения позволяет создать большое разнообразие типов поведения. Для эмоционального фактора были выделены следующие характеристики: отчуждение, пренебрежение, ненависть, свобода, демократия, любовь. Для поведенческого

фактора – автономность, контроль, сверхтребовательность, авторитарный диктат, всепрощение, гиперопека.

В дальнейшем А. Роу и М. Сегельман выделили шесть типов родительского отношения, в основе которых лежат два фактора структуры: «принятие – отвержение» и «концентрация чувств на ребенке». Сочетания этих факторов дают шесть родительских позиций: отвержение, безразличие, гиперопеку, сверхтребовательность, устойчивость, активную любовь. Таким образом, в структуре родительского отношения выделяется две составляющие: эмоциональная (принятие – отвержение; концентрация чувств на ребенке) и поведенческая (автономия – контроль). При этом когнитивный аспект родительского отношения не нашел себе места в факторной структуре родительского отношения.

В отечественной психологии одно из первых исследований родительского отношения к ребенку отражено в диссертационной работе А. Я. Варги. Основная цель исследования заключалась в изучении структуры и типов родительского отношения для разработки средств диагностики и анализа нарушений родительского отношения, подлежащих психологической коррекции. По мнению А. Я. Варги, для клинического подхода наиболее классической является классификация С. Броди. Автор выделила четыре типа материнского отношения. Матери первого типа легко и органично приспосабливаются к потребностям ребенка. Для них было характерным поддерживающее, разрешающее поведение.

Матери второго типа сознательно и нередко безуспешно стараются приспособиться к потребностям ребенка. Не всегда успешная реализация этого стремления вносит в их поведение напряженность, недостаток непосредственности в общении с ребенком на самом деле. Они чаще доминировали, а не уступали.

Матери третьего типа не проявляли большого интереса к ребенку. Основу материнства составляло чувство долга. В отношениях с ребенком почти не было теплоты и спонтанности.

Четвертый тип поведения матери – так называемый непоследовательный. Эти матери вели себя не адекватно возрасту и потребностям ребенка, допускали много ошибок в воспитании, плохо понимали своего ребенка. По мнению С. Броди, наиболее вредным для ребенка оказался данный стиль материнства, т.к. по-

стоянная непредсказуемость материнских реакций лишала ребенка стабильности и провоцировала повышенную тревожность.

Один из выводов, который сделала А. Я. Варга, заключается в том, что существует, по крайней мере, четыре типа родительского отношения, отличающихся друг от друга преобладанием одной или нескольких преобразующих: принимающе-авторитарное, отвергающее с явлениями инфантилизации, симбиотическое и симбиотически-авторитарное.

Также был сделан очень важный вывод о том, что в структуре родительского отношения можно выделить четыре образующие: интегральное принятие либо отвержение ребенка; межличностную дистанцию («симбиоз»); формы и направление контроля (авторитарную гиперсоциализацию); социальную желательность поведения. Каждая образующая, в свою очередь, представляет собой сочетание (в разной пропорции) эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов.

Главным в анализе детско-родительских отношений является понятие «роль». Принятие той или иной роли родителями по отношению к детям, определяет стиль воспитания. В. И. Гарбузов (1991) выделяет следующие три типа «неправильного воспитания»: тип А – неприятие, эмоциональное отвержение; тип Б – гиперсоциализация; тип В – эгоцентрическое воспитание («кумир семьи»).

Н. Штриман выделяет три типа родительского отношения к детям у больных психосоматическими расстройствами: «связывание» – жесткое стереотипное общение; дети инфантилизируются, их эмоциональное развитие отстает от нормы; «отвержение» – ребенок «отказывается» от своей личности, что приводит к аутизму, излишней автономности; «делегирование» – истинные достижения детей игнорируются; родители, перемещая на них свои несбывшиеся надежды, манипулируют ими как продолжением себя, своего «Я».

Классификацию аномалий стилей воспитания в семье предложили Э. Г. Эйдемиллер и А. Е. Личко, выделив при этом такие стили воспитания как: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, жестокие взаимоотношения, повышенная моральная ответственность. Если в семье воспитывается ребенок, имеющий какое-либо нарушение развития, то обычно возникают и наруше-

ния внутрисемейного общения. В связи с этим выделяются различные типы внутрисемейных отношений, которые определяются сочетанием отношения родителей к ребенку и его болезни:

- наиболее распространенным является воспитание ребенка в атмосфере чрезмерной заботы;

- родители принимают ребенка, но не хотят признавать факта дефекта у сына или дочери;

- общее эмоциональное отчуждение членов семьи и родителей от ребенка с нарушениями развития;

- чрезмерно подавляющее, деспотическое поведение родителей в отношениях с ребенком.

Следует отметить, что в семье нередко возникают конфликты, когда отец и мать занимают разные позиции по отношению к ребенку, что также отрицательно сказывается на его развитии.

Таким образом, неадекватные позиции членов семьи в отношении к ребенку с ОПФР имеют чаще всего негативные последствия, поэтому в этих случаях встает вопрос о корректировке внутрисемейных отношений.

Преодолев начальный кризис и получив необходимую информацию о необходимости и возможностях целенаправленного воспитания и обучения, родители могут создать условия для полноценного развития ребенка. То есть в семье необходимо сформировать адекватное отношение к ребенку и его болезни. Эта позиция характеризуется тем, что родители принимают ребенка таким, какой он есть, и включают его в свою жизненную программу. Они верят в ребенка, в его потенциальные возможности, видят в своем малыше, прежде всего маленького человека, имеющего свои способности. В такой семье с ребенком занимаются, помогают ему овладеть необходимыми умениями и навыками. Г. А. Буткина характеризует такие семейные отношения как гармоничные, с доверительным дружеским стилем общения. Ряд авторов подчеркивают, что сбалансированность взаимоотношений при данной позиции основывается на определенных принципах, которые условно можно обозначить следующим образом:

- первый принцип уважительного отношения к личности, в том числе к личности ребенка с нарушениями в развитии, что является предпосылкой для развития у него адекватного уровня собственного достоинства;

– второй принцип создания эмоционально благоприятной атмосферы, что предполагает доброжелательность, покой, терпимость, душевную теплоту, связывающие всех членов семьи и обеспечивающие ребенку постоянный приток положительных эмоциональных впечатлений;

– третий принцип требовательности позволяет регулировать и контролировать поведение ребенка, но эту требовательность нужно соразмерять с возможностями малыша;

– четвертый принцип последовательности и систематичности включает в себя обучение ребенка от простого к сложному, постепенное введение новых знаний, а также умение родителей вовремя и за дело похвалить малыша;

– пятый принцип ответственности и самокритичности заключается в способности взрослых признать свои ошибки, в том числе перед ребенком;

– шестой принцип осознанности процесса воспитания, когда родители отчетливо сознают его смысл и основную цель.

Характер отношения родителей к своему малышу в первые годы его жизни оказывает непосредственное влияние на весь дальнейший ход его развития. Занимаемая родителями, в первую очередь матерью, позиция по отношению к ребенку с ОПФР во многом определяет ход его психического развития, формирования способностей и черт характера. При всем разнообразии отношений, складывающихся между ребенком и его родителями и зависящих от семейных традиций, образованности родителей, мировоззрения, ценностных установок, общего культурного уровня и других факторов, выделяются два основных типа отношения к детям.

Для первого типа характерно, что точкой отсчета является взрослый, его жизненные принципы, установки и предрассудки. В этом случае родители либо чрезмерно опекают своего ребенка, не оставляя места его собственной активности и самостоятельности, либо проявляют к нему чрезмерную требовательность.

При втором типе отношений точкой отсчета и главным ориентиром является ребенок, его особенности. Атмосфера семейного тепла лежит в основе доверия малыша к миру, открытости в общении с людьми, принятия им самого себя. Г. Кравцов отмечает, что при данном типе отношений оказывается возможным взаи-

мопонимание ребенка и взрослого, устанавливается эмоциональная атмосфера, необходимая для развития маленького человека.

В исследовании М. Н. Гусловой, посвященном изучению принятия ребенка с ограниченными возможностями, были выделены четыре основные позиции отношения матери к ребенку с ОПФР:

- мать любит своего ребенка и принимает его болезнь;
- мать любит своего ребенка, но его болезнь не принимает;
- мать не любит своего ребенка, но его болезнь принимает;
- мать не любит своего ребенка и не принимает его болезнь.

Естественно, положение, позиция ребенка объективно зависят от характера этих отношений.

А. С. Спиваковская выделяет основные свойства родительской позиции, благоприятной для развития ребенка: адекватность – наиболее близкая к объективной оценка психических и психологических особенностей своего ребенка и построение воспитания на основе такой оценки; динамичность – способность изменять методы и формы общения и воздействия на ребенка применительно к изменяющимся ситуациям и условиям жизни семьи; прогностичность – направленность воспитательных усилий в будущее, к тем требованиям, которые ставит перед ребенком его дальнейшая жизнь.

Проблема родительства и родительских отношений обостряется при появлении в семье тяжелобольного ребенка. Дети являются частью семейной системы: они, с одной стороны, влияют на функционирование семейной системы, с другой – на них влияют другие члены семьи в плане обеспечения помощи и поддержки.

Таким образом, роль семьи чрезвычайно важна для поддержки ребенка с ограниченными возможностями в плане его развития, образования и поведения. Во-первых, семья является для ребенка основой его развития. Во-вторых, родители являются экспертами по поводу своего больного ребенка. Они обладают глубоким знанием относительно сильных сторон своего сына или дочери, потребностей, предпочтений, идиосинкразии и пр., а также, если ребенок болен давно, относительно болезни, лечения и поддержки ребенка в контексте семейной жизни. Наконец, родители обладают уникальной информацией о культуре и экологии своей семьи, в том числе о семейных ценностях и целях, повседневных обычаях, ресурсах, социальных поддержках и стрессорах.

Вопросы для самоконтроля

1. Какому из направлений в психологии принадлежит первенство в исследовании детско-родительских отношений?
2. В работах каких исследователей проблема отношения между родителем и ребенком рассматривалась в качестве главного фактора детского развития?
3. Какие типы материнского отношения были выделены С. Броди? Дайте краткую характеристику.
4. Перечислите и охарактеризуйте типы родительского отношения по А. Я. Варга.
5. Дайте характеристику типам внутрисемейных отношений в семье ребенка с ОПФР.
6. Назовите четыре основные позиции отношения матери к ребенку-инвалиду, которые были выделены М. Н. Гусловой.

Тематика реферативных сообщений

1. Особенности воспитания детей, страдающих неврозом, аутизмом, шизофренией, церебральным параличом, легкой дисфункцией мозга.
2. Особенности воспитания детей больных неврозом.
3. Стили родительского отношения к глухому и слепому ребенку.
4. Отношение матери к аутичному ребенку.
5. Родительское отношение к ребенку с шизофренией.
6. Стили родительского отношения при воспитании детей с интеллектуальным недоразвитием, задержкой психического развития, легкой дисфункцией мозга.
7. Тип родительского отношения к глухому, слепому ребенку.
8. Детско-родительское отношение к ребенку с интеллектуальным недоразвитием.

Тема 4. Личностные особенности родителей детей с психофизическими нарушениями

1. Состояние родителей на различных стадиях стресса, связанного с рождением ребенка с ОПФР.
2. Синдром недостаточной адаптации матерей, дети которых страдают церебральным параличом.
3. Личностные особенности матерей с различными стилями поведения, дети которых страдают психофизическими нарушениями в развитии (А. Я. Варга).

Личностное состояние матери имеет определенную стадиальность, связанную с динамикой родительского кризиса, описываемого многими исследователями. Эта стадиальность раскрывает действие различных механизмов адаптации к ситуации «особого» материнства (Р. Ф. Майрамян, 1976; Т. Т. Богданова, Н. В. Мазурова, 1998; О. Б. Чарова, Е. А. Савина, 1999; О. Б. Чарова, 2003; М. Н. Гуслова, 2004).

На первой стадии эмоциональной дезорганизации преимущественные состояния и реакции матери включают: шок, растерянность, беспомощность, страх. Этот период сложен тем, что родители оказываются просто не в состоянии адекватно понять и переработать полученную информацию. Матери испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности, рассматривая себя как ответственных за произошедшее, они испытывают неослабевающее чувство вины, усиливается самокритика, растет чувство неудовлетворенности собой. Чувство вины зачастую перерастает во всепоглощающие страдания и переживания по поводу поступков и ошибок, приведших, как они считают, к заболеванию ребенка. Чувство вины может также вызвать преувеличенную родительскую заботу.

Вторая стадия рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Отрицание может быть своеобразным способом

защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги. Крайней фазой негативизма становится отказ от обследования ребенка и проведения каких-либо корректирующих мероприятий. Отрицание болезни родителями играет защитную функцию. Частая реакция на поставленный врачом диагноз – это просто неверие в существование болезни. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов в этой области. В основе такого поведения лежит отчаянная надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Родители могут отрицать наличие отставания в развитии и верить, что лечение или какой-то тип терапии решит проблему. На этой стадии развивается так называемое «копинг-поведение»: это бесчисленные консультации, начиная с медицинских светил и заканчивая различными знахарями и целителями. Такая погоня за «чудесным средством» искажает восприятие реальной ситуации, мешает адекватной адаптации родителей к факту рождения ребенка с ОПФР (О. Б. Чарова, 2003).

Дополнительной реакцией может быть попытка переложить ответственность за состояние ребенка на других, растет напряженность в отношениях с окружающими. При этом часто отмечаются эмоциональная неустойчивость и рост уровня тревожности. Утрата произвольного контроля над эмоциями проявляется в невозможности справиться со своим состоянием, навязчивости характера переживаний. Любое, даже малозначительное, событие может привести к утрате контроля. При этом масштаб переживаний несоизмерим событию. Следствием этого становится снижение уровня социальной и психологической компетентности матери, неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях, социальная изоляция (Л. М. Шипицына, 2002; Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, 2003).

Третья стадия родительского стресса – горевание. Чувство гнева или горечи может порождает стремление к изоляции, но в то же время найти выход в формы «эффективного горевания». Перед необходимостью заботы о ребенке с ОПФР, специального непрерывного ухода за ним у родителей могут возникать амбивалентные чувства в отношении форм выражения печали. Синдром, получивший название «хроническая печаль», является результа-

том постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительных изменений у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического нарушения, неутрачиваемой боли (О. Б. Чарова, 2003). Эта стадия характеризуется состоянием глубокой депрессии матери (Т. Г. Богданова, Н. В. Мазурова, 1998; И. В. Саломатина, 2000).

Четвертая стадия адаптации характеризуется приспособлением, принятием больного ребенка. Переориентация энергии позволяет родителям переключить внимание с них самих на реальные проблемы, связанные с воспитанием больного ребенка. Родители в этот период ищут программы и службы, которые могли бы быть полезны для их детей. Они также часто помогают другим семьям с детьми, имеющими отклонения в развитии. На стадии эмоциональной реорганизации родители начинают ценить и любить своего ребенка. Мать понимает, что рождение ребенка с нарушением интеллекта – это факт, с которым нужно смириться (О. Б. Чарова, 2003). Родители развивают реалистичный взгляд на психофизические нарушения их ребенка, его роль в семье и приходят к тому, что принимают этот груз и длительные последствия. Здесь мать может переключиться с собственных переживаний на интересы ребенка и выработать оптимальный стиль взаимоотношений с окружением (О. Б. Чарова, Е. А. Савина, 2003). К этому моменту происходит формирование позитивной установки по отношению к себе у мамы и преодоление социальных стереотипов в отношении ребенка (Л. М. Шипицына, 2002; Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, 2003). Некоторым из родителей нужны годы, чтобы прийти к этому, другие не достигают этого никогда. Этот процесс может быть очень болезненным. Значительно улучшает прохождение кризисного периода поддержка близких и благоприятные взаимоотношения между членами семьи.

Матери, независимо от характера заболевания ребенка, имеют те или иные психологические особенности. Мать более подвержена изменениям в эмоционально-личностной сфере. Анализ полученных нами результатов указал на преобразование психических состояний матери ребенка с ДЦП. Для матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, харак-

терно постоянное ощущение тревоги, страха за себя, ребенка, близких. Им с трудом удается заниматься повседневными делами, так как они охвачены ожиданием неприятного события (реального или мнимого). Чувство страха появляется при принятии какого-либо решения, или что-либо сделать, опасаясь неприятных последствий. Депрессивное состояние родительниц является результатом постоянной зависимости от потребностей ребенка, отсутствием положительных изменений и выражается в снижении настроения, повышенной слезливости, появлении чувства вины и идеи самоуничтожения, вялости, угнетенности, подавленности, тревоги и пессимизма, неуверенности в себе и своих силах, пессимистической оценке перспективы, хронической усталости, потребности в одиночестве и отдыхе.

Со временем у родительниц больных детей появляется чувство статичности. Для матерей окружающий мир делится на две части, одну из которых представляет мать и больной ребенок, другую – окружающие люди. У них возникает уверенность, что никто и никогда не сможет понять, в полной мере ощутить проблемы и трагедию, потому что у окружающих иная, насыщенная жизнь. Возникает боязнь общества, замкнутость. Повышенная утомляемость, «разбитость», снижение физической и нервно-психической работоспособности зачастую связаны с физической нагрузкой. Матери, в силу психофизических особенностей ребенка, вынуждены постоянно перемещать его по дому, удовлетворяя различного рода потребности.

Для матерей детей с двигательными нарушениями характерны: повышенная обидчивость, ранимость, агрессия на близких, нетерпеливость, нетерпимость и лабильность настроения. Данная форма поведения, возможно, связана с чувством вины. Мать, которая видит причину болезни ребенка в себе, старается держать под контролем даже то, что контролировать в принципе невозможно. Подобное состояние, сопровождаемое душевными муками и переживаниями, значительно усложняет и без того напряженную ситуацию.

Матери, воспитывающие детей с ДЦП, испытывают страх заболеть тяжелой болезнью, возникновения новых проблем, возвращения старых, что лечение не будет удачным, а также за

жизнь ребенка, его дальнейшую судьбу. Зачастую их беспокоят навязчивые воспоминания, мысли, действия, сомнения в правильности поступков и принятии решения. Наряду с этим у родительниц, воспитывающих детей с ДЦП, отмечаются проблемы со здоровьем: головные боли, головокружение, похолодание конечностей, частая бессонница.

В целом, состояние беспокойства, нетерпеливости, тревоги, медлительности, вялости, безразличия, усталости, раздражительности, быстрая смена настроения, повышенная обидчивость, проявление страха и навязчивых состояний, а также проблемы со здоровьем образуют симптомокомплекс, детерминирующий социально-стрессовые нарушения. Наличие данных симптомов свидетельствует о нарушении адаптации матерей к сложившейся ситуации, т. е. ситуации, связанной с рождением и воспитанием ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями.

Симптомокомплекс характеристик психического состояния матерей, воспитывающих детей с двигательными нарушениями, который отражает результат взаимодействия с ситуацией жизнедеятельности лежит в основе синдрома недостаточной адаптации. На основе теоретических и эмпирических данных у данной группы испытуемых нами был выделен и описан ряд симптомов, входящих в синдром недостаточной адаптации: преобразования в чувствах, в системе отношений к себе, другим людям и миру, познавательной сфере, в психическом и психологическом здоровье. В качестве исходных предпосылок возникновения синдрома недостаточной адаптации мы рассматриваем: ситуацию жизнедеятельности, связанную с рождением и воспитанием ребенка с двигательными нарушениями; комплекс двигательных, психических, речевых, сенсорных и эмоционально-личностных расстройств, который характеризует данное заболевание ребенка. Теоретически ситуация жизнедеятельности является детерминантой актуализации психического состояния.

Таким образом, преобразование психического состояния матерей детей с ДЦП, лежит в основе синдрома недостаточной адаптации к сложившейся ситуации. Структура синдрома недостаточной адаптации включает: исходные предпосылки и «ядерные» компоненты.

Рождение ребенка с ОПФР – сильный травмирующий фактор для всей семьи, связанный с изменением семейного уклада и мировосприятия. Сразу встает вопрос о необходимости решения многих специфических проблем, возрастает физическая и психологическая нагрузка на ближайшее окружение ребенка. Наибольшие трудности приходится на долю матери.

В настоящее время психологи выделяют четыре варианта матерей с разными стилями поведения (А. Я. Варга, 1989).

Оптимальный вариант относится к первому типу – спокойная, уравновешенная мама. Она заботится о ребенке, помогает ему справиться со всеми проблемами, она все знает о ребенке и вовремя приходит ему на помощь. Ребенок растет в атмосфере благожелательности и доброты.

Второй тип – тревожная мама. Ей постоянно кажется, что ребенку что-то угрожает, даже когда такой угрозы нет. Она вечно напряжена, постоянно думает о будущем своего ребенка. Это постоянная тревога негативно сказывается на всей семье.

Тоскливая мама относится к третьему типу. Это тип очень схож с тревожным, но если тревожная мама постоянно думает о ребенке и о его будущем, то тоскливая мама постоянно думает о своем будущем, а ребенок воспринимается как препятствие.

Четвертый тип – уверенная, властная мама. Эта мама думает, что твердо знает, что ребенок должен делать, чтобы стать тем, кем она его хочет видеть. Она никогда не пойдет на компромисс, не выслушает, чего же хочет ребенок. Эта мать строго следует намеченному ей плану и ни на йоту не отходит от него.

В ситуации появления в семье ребенка с ОПФР все эти типы поведения матерей проявляются еще ярче. Оптимальным является, конечно же, спокойный, уравновешенный тип. Все остальные могут негативно сказаться на развитии ребенка, раскрытии его потенциальных возможностей.

Среди вариантов предложенных медиками, наибольший интерес вызывают типы мам, общение с которыми обычно отражается на состоянии здоровья детей.

«Царевна Несмеяна». Главной установкой такой мамы является задача – не избаловать ребенка. Вся жизнь ребенка с такой матерью – это одни «нельзя», «не надо». Ребенок никогда не видит улыбки на лице мамы, она постоянно им недовольна.

«Снежная королева». Такая мама всех, даже ребенка, держит на расстоянии. Она правит, она не знает, что такое близость и теплота. К своему ребенку она относится очень холодно.

«Спящая красавица». Ребенок для такой мамы просто кукла, милая игрушка. Всю жизнь она ждет своего принца, живет в плену своих грез и фантазий. Она не замечает ребенка, его потребностей и желаний.

«Унтер Пришибеев». Эта мама – генерал в юбке. Ребенок для нее солдатик, который должен ей беспрекословно подчиняться. За «неподчинение» ребенка наказывают, нередко физические наказания. Ребенок растет в атмосфере бездушия и жестокости.

«Наседка». У такой матери ребенок находится постоянно «под крылом». Она не дает ему принимать самостоятельные решения. Ребенок у такой матери несамостоятельный, привыкший, что мама все сделает за него. В ситуациях «особенного» материнства эти типы матерей встречаются довольно часто. Как правило, ребенку не дают ничего делать, чрезмерно его опекают, не дают развиваться его индивидуальности или же, наоборот, ребенка стесняются, не замечают его вообще.

Необходимо отметить, что социальная адаптация этих детей напрямую зависит от грамотного родительского, прежде всего материнского поведения.

Вопросы для самоконтроля

1. Опишите состояние родителей на различных стадиях стресса, связанного с рождением ребенка с ОПФР.

2. Перечислите симптомы, которые характеризуют синдром недостаточной адаптации матерей, воспитывающих детей с ДЦП.

3. Опишите структуру синдрома недостаточной адаптации у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом.

4. Охарактеризуйте личностные особенности матерей с разными стилями поведения.

5. Перечислите типы родительниц, общение с которыми обычно отражается на состоянии здоровья детей.

Тематика реферативных сообщений

1. Личностные особенности родителей умственно отсталого ребенка.

2. Особенности самопринятия матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом.

3. Психологические факторы принятия себя родителями слепоглухих детей.

РЕПОЗИТОРИЙ ГГУ ИМЕНИ Ф.СКОРИНЫ

Тема 5. Психологическая помощь родителям детей с особенностями психофизического развития

1. Категории семей ребенка с хроническим заболеванием, нуждающихся в психологической помощи (по Е. Н. Ермаковой).

2. Принципы и формы работы психолога с членами семей, в которых воспитывается ребенок с ОПФР.

3. Индивидуальные и групповые формы психокоррекционной работы психолога с родителями, дети которых страдают психофизическими нарушениями.

4. Способы организации и содержание работы психолога с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения.

Психологическая помощь родителям, как отмечает исследователь Е. Н. Ермакова, необходима не только для восстановления их самочувствия и работоспособности, но и для формирования у семьи адекватного отношения к болезни и лечению ребенка. Иногда ребенок становится своеобразным средством, при помощи которого родители пытаются привлечь внимание окружающих на собственные проблемы. Достаточно часто бывает так, что родители обращаются к психологу по поводу эмоциональных и поведенческих проблем больного ребенка, хотя на самом деле у них самих серьезные проблемы с адаптацией, и в результате они не в состоянии должным образом поддержать ребенка. Некоторым родителям, воспитывающих больных детей, бывает трудно отличить свои проблемы от проблем ребенка.

По мнению Е. Н. Ермаковой, сотрудничество с родителями является одним из наиболее важных условий для успешной психологической реабилитации больного ребенка. Важно и то, что, если родители не понимают, что происходит с ребенком, не доверяют врачам и не имеют необходимой информации, не справляются с собственным стрессом, они не смогут ни выполнять рекомендации врачей, ни оказывать ребенку необходимую эмоциональную поддержку. В состоянии сильного дистресса родителям бывает трудно даже просто выслушать ребенка, погрузиться в его проблемы и переживания, потому что они сами переполнены тре-

вогой и страхом. В таком случае родители блокируют желание ребенка быть открытым. Поэтому так важно помочь родителям преодолеть этот барьер, так как это приводит к улучшению эмоционального состояния ребенка.

Все семьи, имеющие ребенка с хроническим заболеванием и нуждающиеся в психологической помощи, Е. Н. Ермакова разделяет на три категории.

Первая категория – это те семьи, которые нуждались бы в психологической помощи даже в том случае, если бы в семье не было ребенка с хроническим заболеванием. В этих семьях отсутствует эмоциональная поддержка, присутствует много источников стресса, и болезнь ребенка – один из них. К этой же группе относятся семьи, где у родителей ранее были серьезные психологические проблемы, либо имеются глубокие психотравмы, либо отношения между супругами носят конфликтный характер. Особенно тяжелы в этом смысле ситуации, когда семья уже имеет опыт потери ребенка

Вторая категория – это семьи, где дети не справляются с каким-то конкретным аспектом заболевания или лечения либо с ситуацией в целом.

Третья категория представляет собой достаточно большую группу семей, которые в целом неплохо справляются с ситуацией, но нуждаются в профессиональной поддержке.

Каждое заболевание имеет свои специфические последствия для ребенка и его родителей. Это связано с тяжестью и спецификой симптомов и лечения. Но всегда речь идет о необходимости физической, психологической и социальной адаптации, так как и детям, и их родителям приходится учиться жить в новых, изменившихся в худшую сторону условиях.

Необходимо отметить, что общим для всех случаев является и то, что психологическое состояние ребенка зависит от способности семьи справиться с ситуацией. Если семья хорошо адаптировалась к новым условиям, ожидания и задачи родителей будут реалистичными, и, соответственно, они смогут поддерживать ребенка в реализации его потенциала.

В основе работы психолога с членами семей, воспитывающих больных детей, лежат принципы: комплексного подхода к организации коррекционно-педагогического процесса; единства диа-

гностики и коррекции; сотрудничества между родителями и специалистами, родителями и детьми; принцип учета интересов; ведущей деятельности.

Наиболее подходящими формами организации коррекционно-педагогического процесса с ребенком раннего возраста с нарушениями в развитии и его родителями являются: консультативная; лекционно-просветительская; практические занятия для родителей; организация «круглых столов», родительских конференций, детских утренников и праздников; индивидуальные занятия с родителями и их ребенком; подгрупповые занятия.

Консультативно-рекомендательная работа с родителями и детьми с ОПФР включает первичное психолого-педагогическое обследование, консультативные посещения, повторные психолого-педагогические обследования.

В ходе первичного приема психологу следует обратить свое внимание на позицию матери по отношению к ребенку и особенностям его развития (Л. И. Солнцева, С. М. Хорош, 1983), на реакцию родителей на детские действия (указания, поддержка, безучастность и др.). Кроме того, нужно учитывать состояние родителей (растерянность, жалобы, поиск путей решения проблем).

Положительным результатом первичной психолого-медико-педагогической консультации считается такой, когда родители, прислушавшись к рекомендациям специалистов и почувствовав возможность получения реальной поддержки, возвращаются к ним еще и еще раз за помощью.

При повторных посещениях консультации с семьей специалисты прослеживают динамику психофизического развития ребенка, а также эффективность предложенных при первичном посещении рекомендаций. При необходимости вносятся изменения в индивидуальные программы развития и курсы лечения.

Лекционно-просветительская работа родителей, воспитывающих детей с ОПФР. В ходе коррекционного процесса с родителями проводятся лекционные занятия, на которых они получают необходимые теоретические знания по различным вопросам воспитания детей. При этом можно предложить список тем с просьбой отметить те из них, которые наиболее интересны роди-

телям, а также предложить дополнить вопросами, которые не представлены, но важны для них.

На практических занятиях родители детей с ОПФР получают знания и навыки по формированию тех или иных умений и навыков у ребенка, например по формированию навыков самообслуживания, культурно-гигиенических навыков, предпосылок формирования изобразительной деятельности и т. д.

Наиболее удобной формой работы с родителями являются комбинированные занятия – лекция на определенную тему, затем практическое занятие, проводящиеся один раз в месяц, длительностью до полутора часов.

Беседы, «круглые столы», родительские конференции, детские утренники и праздники проводятся в непринужденной обстановке. В подготовке и проведении бесед и «круглых столов» психолог рассаживает родителей определенным образом, направляет беседу в нужное русло, поддерживает в беседе нерешительных родителей и т. д. Беседы проводятся и на индивидуальных занятиях и, как правило, носят личностный характер. Психолог, выслушивая маму, ее семейные проблемы, предлагает варианты разрешения некоторых из них.

На индивидуальных занятиях с родителями и их ребенком психологом решаются задачи индивидуальной программы работы с семьей, при этом осуществляется личностно-ориентированный подход, направленный на выявление, раскрытие и поддержку положительных личностных качеств каждого из родителей, необходимых для успешного сотрудничества со своим ребенком. При проведении индивидуальных занятий психологу необходимо учитывать психическое состояние родителей.

На завершающем этапе работы с родителями психологом проводятся подгрупповые занятия, когда встречаются двое детей и их мамы. Специалист организывает подобные занятия лишь после того, как удастся сформировать сотрудничество мамы со своим ребенком на индивидуальных занятиях. В проведении подгрупповых занятий возможно использование игротерапии.

Формы организации занятий с детьми раннего возраста и их близкими взрослыми могут быть различными. Необходимо только помнить, что родители являются самыми заинтересованными участниками коррекционно-педагогического процесса. Его

успешный результат будет зависеть от многих причин, и не в последнюю очередь оттого, насколько правильно будут построены отношения между специалистами и родителями.

Главной целью психокоррекционной работы является создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях детей с ОПФР, формирование положительных установок в сознании родителей. Психокоррекционный процесс строится с учетом дифференцированного подхода к личностным особенностям родителей детей с ОПФР.

Содержание психокоррекционной работы представлено двумя направлениями: индивидуальной и групповой формами работы.

Индивидуальная форма работы осуществляется в виде беседы (нескольких бесед) или частично структурированного интервью, а также последующих индивидуальных занятий психолога с матерью ребенка с ОПФР. Этот этап служит для установления непосредственного личного контакта между психологом и матерью ребенка, для ее ознакомления с проблемами, которые обсуждаются в группе, а также для определения собственной потребности в посещении групповых занятий. Одновременно на этом этапе психолог проводит диагностическое исследование психологических особенностей родителей с помощью специальных методик.

На групповом этапе работы психокоррекционное воздействие осуществляется не только со стороны психолога на каждую женщину, посещающую занятия, но и внутри группы при взаимодействии участниц. Групповые коррекционные занятия проводятся по трем направлениям.

Первое направление: гармонизация взаимоотношений между матерью и ее ребенком.

Второе направление: гармонизация семейных отношений.

Третье направление: оптимизация социальных контактов семьи, воспитывающей ребенка с ОПФР.

При формировании и организации работы психокоррекционных групп необходимо учитывать: наиболее эффективной формой являются частично «открытые» группы, состоящие из 5-7 человек или малокомплектные группы, состоящие из 2-3 человек. Частично «открытая» группа может работать, не исключая из своего состава тех членов, которые по состоянию здоровья своих детей вынуждены какое-то число занятий отсутствовать. Занятия

могут проводиться 1 раз (или чаще) в неделю. Длительность работы группы, позволяющая решить психокоррекционные задачи, учитывая глубину и константность фрустрирующего фактора, должна быть не менее одного учебного года, а в лучшем случае двух или даже трех лет. После окончания работы группы следует учесть необходимость создания цикла поддерживающих психокоррекционных занятий для отдельных членов бывшей группы (один, два раза в месяц).

В процессе психокоррекционной работы группа проходит несколько стадий своего развития.

1. Стадия независимости и ориентировки характеризуется проявлением напряженности, тревожности у членов группы.

2. Стадия нарастающего напряжения. На этой стадии может возникать и нарастать негативное отношение к психологу и к самому процессу психокоррекции (Зачем это нужно? Нам теперь это не нужно. Нас никто не трогает, и мы никого не трогаем. Все это нужно было тогда, в самом начале, когда это случилось). Нарастающее недоверие к психологу может проявиться в жалобах в адрес администрации школы о том, что подобные эксперименты никому не нужны и т. п.

3. Стадия формирования групповой сплоченности. Уровень напряженности в группе снижается. Растет заинтересованность занятиями, появляются элементы эмпатии к членам группы и к психотерапевту.

4. Стадия зрелой, конструктивно работающей группы. Устанавливается динамическое равновесие между самораскрытием и «обратной связью».

В итоге психокоррекционной работы у родительниц формируются определенные модели поведения в семье и в обществе, позитивное мышление, помогающее им избегать или преодолевать стрессовые ситуации.

Наименее разработанными в теоретическом и практическом плане в системе комплексных мероприятий по преодолению нарушений психического и речевого развития у дошкольников являются организация и содержание работы с родителями.

Формы и содержание работы с родителями определяются степенью их готовности к сотрудничеству. Выделены основные принципы организации работы с данной категорией родителей:

дифференцированная помощь, учитывающая уровни родительской мотивации и базовый уровень дефектологических представлений и знаний; наличие обратной связи со стороны родителей; приоритет той или иной формы работы в различные периоды коррекционного обучения.

Наибольшие трудности в плане организации сотрудничества вызывают родители с низким уровнем мотивации. Самой продуктивной формой работы с такими семьями является индивидуальное консультирование.

Индивидуальное консультирование проводится в несколько этапов. На каждом этапе реализуются собственные задачи и используются соответствующие приемы.

Задача первого этапа – создать доверительные, откровенные отношения с родителями, отрицающими возможность и необходимость сотрудничества. С этой целью используется такая форма индивидуального консультирования, как беседа. Содержание беседы определяется задачами этапа.

Следующий этап индивидуального консультирования проводится по итогам всестороннего обследования ребенка.

На этапе собственно коррекционной работы меняются задачи и формы индивидуального воздействия в ходе консультирования. Основными задачами на данном этапе выступают: формирование у родителей «воспитательной компетентности» через расширение круга их дефектологических знаний и представлений; привлечение родителей к конкретным коррекционным мероприятиям с их ребенком в качестве участников коррекционного процесса.

Среди форм индивидуального воздействия на этом этапе наиболее эффективными оказались следующие: совместное обсуждение с родителями хода и результатов коррекционной работы; анализ причин незначительного продвижения в развитии отдельных сторон психической деятельности и совместная выработка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в развитии ребенка; индивидуальные практикумы по обучению родителей совместным формам деятельности с детьми, носящие коррекционную направленность (различные виды продуктивной деятельности, артикуляционная гимнастика, психогимнастика).

Важным условием работы с родителями, дети которых имеют отклонения в развитии, является формирование у них адекватной

оценки психического состояния своих детей в плане готовности к школьному обучению. Индивидуальная работа на этом этапе носит консультативно-рекомендательный характер с ориентацией на соответствующую уровню развития ребенка форму обучения.

Индивидуальное консультирование родителей со средним и высоким уровнем мотивации может осуществляться по тем же принципам, но при некотором реструктурировании этапов с учетом уровня мотивации.

Наряду с индивидуальными формами желательной является групповая форма работы с родителями. В работе с каждой группой родителей реализуются собственные цели и задачи, которые и определяют тематику и формы работы. Задачи наиболее продуктивно реализуются в следующих формах работы: тематические консультации; семинары-практикумы; групповые собрания родителей с просмотром фрагментов занятий с детьми.

Активные формы работы представлены семинарами-практикумами при действенном участии родителей. Тематика семинаров-практикумов взаимосвязана с таковой групповых консультаций и способствует овладению широким кругом знаний по проблеме, а также необходимыми практическими навыками.

Такой вид работы, как групповые собрания с просмотром фрагментов занятий с детьми, способствует формированию у родителей адекватной оценки психического развития их детей.

Состав родительских групп может быть как однородным в плане родительской мотивации, так и разнородным, когда в работе группы родителей с низким уровнем мотивации участвуют таковые с высоким уровнем, выполняя роль интегрирующего звена между участниками коррекционного взаимодействия.

Таким образом, существуют разнообразные формы и способы работы с родителями, используя которые можно осуществлять психологическое сопровождение родительства.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите категории семей, имеющие ребенка с хроническим заболеванием и нуждающиеся в психологической помощи, которые выделяет Е. Н. Ермакова.

2. Назовите отличия между категориями семей, воспитывающих ребенка с хроническим заболеванием и нуждающихся в психологической помощи.

3. Назовите цели работы психолога с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями психофизического развития.

4. Какие принципы в работе с членами семей детей с ОПФР вы знаете? Раскройте их содержание.

5. Перечислите формы организации коррекционно-педагогического процесса с ребенком раннего возраста с нарушениями в развитии и его родителями.

6. Какие индивидуальные и групповые формы психокоррекционной работы психолога с родителями, дети которых страдают психофизическими нарушениями, вы знаете?

Тематика реферативных сообщений

1. Проблемы психологического консультирования членов семей, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии.

2. Помощь психолога родителям, воспитывающим ребенка с нарушением зрения.

3. Психологическая помощь родителям, воспитывающим умственно отсталых детей.

4. Формы организации коррекционной работы психолога с родителями детей с нарушениями в развитии.

5. Внутрисемейные отношения в семье ребенка с задержкой психического развития.

Литература

1. Анисимова, Н. Л. Совместная работа семьи и детского сада по воспитанию и развитию детей с нарушением зрения / Н. Л. Анисимова // Дефектология. – 1998. – № 1. – С. 56–62.
2. Басилова, Т. А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным или множественным нарушением / Т. А. Басилова // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 47–55.
3. Богданова, Т. Г. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников / Т. Г. Богданова, Н. В. Мазурова // Дефектология. – 1998. – № 3. – С. 40–44.
4. Браун, Н. Психологические факторы принятия себя родителями слепоглухих детей / Н. Браун // Дефектология. – 1997. – № 6. – С. 81–86.
5. Варга, А. Я. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии / А. Я. Варга // Вопр. психол. – 2006. – № 6. – С. 1–8.
6. Волковская, Т. Н. Возможные способы организации и содержание работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения / Т. Н. Волковская // Дефектология. – 1999. – № 4. – С. 66–72.
7. Гуслова, М. И. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов / М. И. Гуслова, Т. К. Стуре // Дефектология. – 2003. – № 3. – С. 28–31.
8. Зайцев, Д. В. Социологический анализ современной семьи в России // Д. В. Зайцев // Дефектология. – 2001. – № 6. – С. 3–10.
9. Захаров, А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров. – Л. : Медицина, 1982. – 216 с.
10. Исаев, Д. И. Психосоматические расстройства у детей / Д. И. Исаев. – СПб. : Питер, 2000. – 512 с.
11. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия: пособие для врачей / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
12. Малер, А. Р. Педагог и семья ребенка-инвалида (некоторые вопросы педагогической этики) / А. Р. Малер // Дефектология. – 1996. – № 5. – С. 15–19.

13. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / под ред. В. И. Селиверстова. М. : «ВЛАДОС», 2003. – 408 с.

14. Мишина, Г. А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития (методические рекомендации) / Г. А. Мишина // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 60–64.

15. Морозова, Е. И. Новые подходы к организации помощи семьям, воспитывающим проблемных детей раннего возраста / Е. И. Морозова // Дефектология. – 1998. – № 3. – С. 49–57.

16. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : ТЕРЕВИНФ, 1997. – 287 с.

17. Романова, О. Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом / О. Л. Романова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1988. – № 9. – С. 109–114.

18. Сагдуллаев, А. А. О проблемах отношений в семьях, имеющих детей с отклонениями в развитии / А. А. Сагдуллаев // Дефектология. – 1996. – № 5. – С. 75–79.

19. Саломатина, И. В. Проблемы родителей детей с синдромом Ушера : некоторые подходы к их решению / И. В. Саломатина // Дефектология. – 2000. – №1. – С. 75–81.

20. Смирнова, Е. О. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения / Е. О. Смирнова, М. В. Быкова // Вопр. психол. – 2000. – № 3. – С. 3–14.

21. Ткачева, В. В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / В. В. Ткачева // Дефектология. – 1999. – № 3. – С. 30–36.

22. Шарапова, А. Р. Особенности представлений родителей близоруких детей о семейном воспитании / А. Р. Шарапова, З. Ф. Гафурова // Дефектология. – 1998. – № 3. – С. 23–28.

23. Чарова, О. Б. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием / О. Б. Чарова, Е. А. Савина // Дефектология. – 1999. – № 5. – С. 34–39.

Производственно-практическое издание

Певнева Анжела Николаевна

**ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА
С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ**

Практическое руководство

2-е издание, переработанное

Редактор *В. И. Шкредова*

Корректор *В. В. Калугина*

Подписано в печать 05.03.2020. Формат 60x84 1/16.

Бумага офсетная. Ризография. Усл. печ. л. 2,8.

Уч.-изд. л. 3,1. Тираж 25 экз. Заказ 132.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1452 от 17.04.2017.

Специальное разрешение (лицензия) № 02330 / 450 от 18.12.2013.

Ул. Советская, 104, 246019, Гомель.

А. Н. ПЕВНЕВА

**ПСИХОЛОГИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА
С ОСОБЕННОСТЯМИ
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Гомель
2020